

Trabajo Fin de Grado

Plan estandarizado de cuidados de
enfermería en trastorno bipolar con
intervención familiar

Standardized plan of nursing care in
bipolar disorder with family intervention

Autora

Ángela Villellas Lacima

Director

José Manuel Granada López

Facultad de Ciencias de la Salud
2020

A mi tía Tere, por enseñarme a valorar lo realmente importante de la vida.

AGRADECIMIENTOS

No puedo finalizar mi trabajo sin expresar mi agradecimiento hacia diferentes profesionales que me han ayudado a llevarlo a cabo.

En primer lugar, gracias a mi tutor del trabajo fin de grado, José Manuel Granada, por ayudarme atentamente siempre que lo he necesitado a pesar de los contratiempos vividos en la actualidad dentro del sistema sanitario.

En segundo lugar, gracias a mi profesor asociado, Rogelio Serrano, de la unidad de agudos de Salud Mental del hospital Royo Villanova. Por aportarme material clave para realizar el presente trabajo.

Y, por último, gracias a María Esther Samaniego, enfermera especialista en Salud Mental. Por estar siempre completamente dispuesta a ayudarme y su gran apoyo en este pequeño camino.

También, añadir mi enorme agradecimiento a mi tía Tere. Por aportarme su experiencia vital con trastorno bipolar y por ser mi principal motivación para realizar este trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN	5
OBJETIVOS	12
METODOLOGÍA	13
DESARROLLO	16
VALORACIÓN	16
DIAGNÓSTICOS	22
PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN	23
EVALUACIÓN	31
CONCLUSIONES.....	32
BIBLIOGRAFÍA.....	33
ANEXOS	42
ANEXO 1	42
ANEXO 2	43
ANEXO 3	44
ANEXO 4	45
ANEXO 5	46
ANEXO 6	47
ANEXO 7	48
ANEXO 8	49
ANEXO 9	50
ANEXO 10	51
ANEXO 11	52
ANEXO 12	53
ANEXO 13	54
ANEXO 14	55
ANEXO 15	57
ANEXO 16	59

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar (TB) es un trastorno mental grave de causa desconocida padecido por alrededor de 60 millones de personas en el mundo. Se caracteriza por la presencia en su curso clínico de ambos extremos del espectro del humor: manía y depresión. Este trastorno influye tanto en la vida diaria del paciente como en la de su familia. Y, teniendo en cuenta que el apoyo familiar es crucial en ellos, es necesario el desarrollo de la atención enfermera dirigida a la familia.

OBJETIVOS

Diseñar un plan de cuidados estandarizados para pacientes con trastorno bipolar en fases maniaca, depresiva o eutímica, con intervención familiar.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada ha sido de tipo cuantitativo y cualitativo: amplia búsqueda bibliográfica y tres entrevistas semiestructuradas. Para la valoración, se han utilizado los patrones de Marjory Gordon y para la descripción de los diagnósticos la taxonomía NANDA.

CONCLUSIONES

La conclusión final es la vital importancia del diagnóstico precoz de la patología, la correcta monitorización del tratamiento y la relevancia del apoyo familiar para el paciente y el soporte de este a través de la intervención enfermera.

PALABRAS CLAVE

Trastorno bipolar, apoyo familiar, intervención temprana, recaídas.

ABSTRACT

INTRODUCTION

The Bipolar Disorder is a severe mental illness with an unknown cause. It remains suffered in around 60 millions of people in the world. It is characterized by the presence of a clinical course of both extreme spectrum of humour: mania and depression. It is affected in the daily life of the patient and in his family. Bearing in mind that the support of the family is essential, it is highly necessary to develop the nursing care in the families.

OBJECTIVES

To design a care plan standardized for patients with Bipolar Disorder in a maniac, depressive or euthymic stage including familiar intervention.

METHODOLOGY

The methodology used has been quantitative and qualitative with a huge bibliographical research and three semi-structured reviews. In the valuation, the pattern from Marjory Gordon has been used and in the description of the diagnosis, the taxonomy of NANDA.

CONCLUSIONS

The final conclusion remains the vital importance of the early diagnosis of the pathology, the correct monitoring of the treatment and the relevance of the familiar support for the patient and the support of him through the nursing intervention.

KEYWORDS

Bipolar disorder, family support, early intervention, relapse.

INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar (TB) consiste en un trastorno afectivo de curso crónico y recurrente donde fluctúa, de forma patológica, el estado del ánimo. Se observan ambos extremos del espectro del humor: la manía y la depresión. El paciente también puede referir a lo largo de su vida otros estados como la hipomanía, eutimia (estado de ánimo normal) y los síntomas subdepresivos (1).

Como otras complicaciones, el paciente presenta deterioro neuropsicológico y alteraciones en el sistema inmunitario (2). Dentro de los déficits neuropsicológicos se encuentran carencias sensitivomotoras (3), trastornos cognitivos (4), déficits en la organización y en la inhibición de la respuesta (5). A nivel inmunitario, se presenta un estado proinflamatorio con elevación en la producción de citoquinas proinflamatorias (6).

Hay distintos tipos de trastorno bipolar: el tipo I, el tipo II y la ciclotimia. El tipo I incluye episodios maníacos y depresivos, habiendo por lo menos un episodio maniaco. El tipo II, incluye varios episodios depresivos e hipomaniacos (7). Y, la ciclotimia consiste en un curso clínico en el que durante al menos dos años se presentan diversas etapas de síntomas hipomaniacos y otras de síntomas depresivos (8).

Su descripción de diagnóstico clínico difiere según el criterio utilizado. Conforme el último manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la asociación americana de psiquiatría (DSM - V) (9) un episodio de manía no es suficiente para poner el diagnóstico de TB (ANEXO 1). Y según la clasificación internacional de enfermedades de la OMS (CIE - 10) (10), son necesarios dos episodios de alteración del humor teniendo que ser uno de ellos maniaco o hipomaniaco (ANEXO 2) (8).

El TB lo padecen 60 millones de personas en todo el mundo (11). El tipo I es el más prevalente siendo de un 0,6% (12). Aunque en mujeres, el más frecuente es el tipo II en las que suele predominar la polaridad depresiva (13). La edad de aparición más común son los veinte años y está asociado con altas tasas de mortalidad prematura asociada al suicidio y a las comorbilidades médicas que acarrea (14). Se trata de una enfermedad mental, grave y persistente. Se ha descrito su considerable discapacidad (2)

con gran afectación en el desempeño de la vida diaria y funcionamiento social del paciente durante los episodios sufridos con afectación familiar (15).

A pesar de su gravedad y discapacidad asociada, un tratamiento y diagnóstico precoz adecuado, minimiza la gravedad, frecuencia y duración de los episodios. Además, las fases más tempranas son potencialmente las más sensibles al tratamiento evitándose terapias más agresivas. Desafortunadamente, un 69% de los pacientes reciben diagnóstico precoz erróneo de depresión unipolar o esquizofrenia por tener síntomas en común con el TB (2,14,16,17).

El trastorno bipolar tiene etiología desconocida. Su desarrollo está asociado con factores ambientales y climáticos, con la exposición prenatal del tabaco, el uso indebido del cannabis y eventos estresores como traumas infantiles. Estos pueden causar un desarrollo del componente psicótico y una ciclación más frecuente, mayor número de episodios y mayor riesgo de ideación e intento suicida junto al abuso de sustancias (14). También, una infección temprana de Toxoplasma Gondii, Citomegalovirus, Herpes virus Simple o virus Varicela Zoster pueden disponer que se desencadene la enfermedad (18). Asimismo, está relacionado con la biología molecular, la genética (variación en los genes con función en la transmisión de señales, en el sistema glutamatérgico o en la regulación hormonal) y epigenética (7). Y sin duda, el soporte social influye en su curso (19).

En relación con la genética, es el trastorno psiquiátrico con mayor influencia de factores hereditarios (7). Más del 50% de los pacientes tienen un familiar de primer grado con trastorno del estado de ánimo y los descendientes de quienes lo padecen, poseen 5 – 10 veces más de riesgo de desarrollarlo (20).

La sintomatología varía según los episodios.

Estado maniaco	Estado de ánimo elevado con predominio de euforia, expansividad, irritabilidad (8) e hiperactividad (9). Alegría patológica que domina la totalidad de las funciones psíquicas: sensación de bienestar, superioridad y desinhibición (21). Búsqueda de actividades placenteras con graves consecuencias (8).
----------------	--

	Puede aparecer afectación psicomotriz: inquietud y agitación motora. En situaciones se muestran síntomas psicóticos (21).
Estado hipomaniaco	Estado anímico elevado, con ausencia de sintomatología psicótica, que no provoca la misma perturbación funcional global que en la manía (8). Por ello, las consecuencias en el área sociolaboral del paciente son menores (21).
Estado depresivo	Tristeza patológica y anhedonia (8) con frecuentes depresiones melancólicas y atípicas (21). Surgen sentimientos de pena, desesperanza y vacío interno. Aparece ansiedad, apatía y angustia. El pensamiento es lento y monótono con tono pesimista y desagradable. A nivel psicomotor se muestran enlentecidos. Puede haber delirios y alucinaciones, insomnio o hipersomnia diurna, pérdida del apetito y del interés por el sexo, astenia y fatigabilidad.
Episodio mixto	Se compaginan síntomas de episodios maniacos y depresivos. Esto dificulta el manejo clínico, el diagnóstico y aumenta el riesgo suicida.

Es preciso destacar la labilidad emocional presente durante toda la patología, de gran importante en su manejo (8).

Estos pacientes tienen diversas alteraciones en el funcionamiento neuronal (7), en su anatomía cerebral (7,22), sus neurotransmisores (21) y en diferentes ejes como el hipotálamo – hipófisis – adrenal o el hipotálamo – hipófisis – tiroides (21). Además, pueden aparecer de manera comórbida trastornos metabólicos y/o cardiovasculares (23). En pacientes con TB se ha descrito mayor porcentaje en índices de adiposidad donde juega un papel importante los factores demográficos, el estatus socioeconómico, el ambiente familiar y educativo, la ingesta de alimentos, la energía gastada, las monoaminas y el régimen terapéutico (24).

Respecto a las comorbilidades con otros trastornos psiquiátricos se incluye la ansiedad o el trastorno de personalidad (25).

Dentro del tratamiento farmacológico para este trastorno afectivo crónico hay diferentes líneas (ANEXO 3). Concretamente, en fases severas donde se presenta gran farmacorresistencia y la vida del paciente está en peligro por alto riesgo suicida o el paciente presenta inhibición intensa, se puede utilizar la terapia electroconvulsiva (TEC) (26). Esta puede mejorar síntomas, mediante la aplicación de corriente eléctrica controlada que produce convulsiones generalizadas tónico – clónicas sobre el sistema nervioso central (8).

Dentro de las terapias biológicas disponibles, a parte de la TEC, también están: la estimulación magnética transcraneal, la estimulación del nervio vago y la fototerapia (8).

Existen otras intervenciones coadyuvantes de tipo psicosocial que benefician al paciente a largo plazo: la psicoeducación, la terapia cognitivo – conductual (TCC) y la terapia del ritmo interpersonal y social (27).

La psicoeducación aporta una mejora en la conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento y promoción de hábitos saludables. Así, el paciente disminuye el número de recaídas y logra una buena toma de su tratamiento farmacológico. Es preferible su realización en pacientes eutímicos debido a su mayor capacidad de comprensión y retención de la información (27). En familias, cuidadores informales, la psicoeducación ayuda a aumentar su conocimiento sobre el trastorno disminuyendo la ansiedad y el estrés (28). Estas intervenciones sobre los cuidadores pueden tener repercusión positiva también en los pacientes (29). La inclusión temprana de los familiares como parte del manejo terapéutico debe adaptarse a las características y necesidades de cada caso (15).

La TCC y la terapia interpersonal y de ritmos sociales favorecen al paciente en su vida diaria (8). Esta última, identifica las vulnerabilidades circadianas, mejorando su funcionamiento diario y su sintomatología (27).

Respecto al cuidado enfermero se debe establecer una relación de confianza paciente – profesional con la finalidad de lograr una correcta adherencia al tratamiento. También, informar al paciente acerca de los síntomas prodrómicos con la meta de disminuir el número de episodios. Además, instruir al paciente sobre estilos de vida saludables y ofrecer apoyo facilitando el contacto de diversos recursos disponibles (30,31). En el presente trabajo

se recogen tres diagnósticos enfermeros: uno para el episodio maniaco, otro para el depresivo y otro para la eutimia. También, han sido escogidos dos diagnósticos para familiares de pacientes con trastorno bipolar.

OBJETIVOS

PRINCIPAL

- Elaborar un plan de cuidados estandarizados para pacientes adultos con trastorno bipolar en fases maniaca, depresiva o eutímica, incluyendo intervención familiar.

ESPECÍFICOS

- Facilitar una valoración enfermera estandarizada.
- Identificar los diagnósticos enfermeros más relevantes en el trastorno bipolar.
- Realizar actividades para pacientes con trastorno bipolar en base a los diagnósticos descritos y para sus familiares.
- Plantear una serie de intervenciones y actividades que respondan a las necesidades identificadas.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo el presente trabajo se ha utilizado metodología cuantitativa y cualitativa con la finalidad de conocer la realidad actual de la patología. Se han manejado diversas bases de datos y páginas webs para realizar la búsqueda cuantitativa. Se han filtrado las búsquedas en 5 años, estudios realizados en humanos y mayoritariamente guías clínicas, revisiones sistemáticas y meta-análisis. Los artículos escogidos han sido de revistas de mayor impacto con muestras de poblaciones numerosas similares a las del entorno de aplicación del presente trabajo. Para la cualitativa se han elaborado tres entrevistas semiestructuradas: a una paciente con trastorno bipolar, a una familiar de ella y a una enfermera especialista en salud mental.

En cuanto al plan estandarizado de cuidados enfermeros, su desarrollo será en pacientes mayores o igual a 18 años hasta los 65 años con trastorno bipolar diagnosticado. Y, además, en el ámbito de atención primaria por enfermeras especialistas en salud mental.

Para la realización de dicho plan estandarizado, se han utilizado los patrones funcionales de Marjory Gordon para elaborar la valoración enfermera tanto para el paciente como para la estructuración de los datos aportados por la familia a través de la entrevista semiestructurada. Para la búsqueda e identificación de diagnósticos enfermeros se ha empleado la clasificación de diagnósticos de enfermería NANDA. Y, para los resultados (NOC), las intervenciones (NIC) y actividades se ha consultado la página Web NNN consult. También la web Salusplay ha sido utilizada para obtener los NOC y NIC de la última edición NANDA 2018 – 2020.

FUENTES DE INFORMACIÓN CONSULTADAS	PALABRAS CLAVE	FILTROS	NÚMERO DE ARTÍCULOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
PUBMED	"Bipolar disorder" AND "Nursing care"	10 years Humans	8	2

	"Family therapy" AND "Bipolar disorder"	5 years Humans Guideline Meta – Analysis Systematic Reviews	37	3
	"Family therapy" AND "Bipolar disorder" AND "Nursing"	5 years Humans Guideline Meta – Analysis Systematic Reviews	3	1
	"Bipolar disorder" AND "Epidemiology"	5 years Humans Review Free full text	67	1
	"Deficit neuropsychological" AND "Bipolar disorder"	5 years Humans Guideline Meta – analysis Review	38	3
	"Etiology" AND "Bipolar disorder"	5 years Guideline Meta- analysis	33	1
	"Pathogenesis" AND "Bipolar disorder"	5 years Guideline Meta- analysis	4	1

	"Pharmacological treatment" AND "Bipolar disorder"	5 years Humans Full text	8	2
	"Electroconvulsive Therapy" AND "Bipolar disorder"		5	1
	"Therapies" AND "Bipolar disorder"		6	2
	"Toxoplasma gondii" AND "Bipolar disorder"	5 years Humans	25	1
	"Prodrome" AND "Bipolar disorder"	5 year Humans	21	1
	"Sleep" AND "Bipolar disorder"	5 year Humans Systematic reviews Guideline	22	1
GOOGLE ACADÉMICO	Cuidados de enfermería en trastorno bipolar euthymic	2010 - 2020	17	0
	Patrones Marjory Gordon trastorno bipolar	2010 - 2020	80	1

DESARROLLO

Se realiza un plan estandarizado de cuidados enfermeros para pacientes adultos (18 a 65 años) con trastorno bipolar en fase maniaca, depresiva y eutímica con intervención familiar siguiendo las distintas partes que lo conforman: valoración, diagnósticos, planificación, ejecución y evaluación.

VALORACIÓN

Se estructura según los patrones funcionales de Marjory Gordon puesto que reúnen aspectos que repercuten a la salud, calidad de vida y al desarrollo humano facilitando el conocimiento de los problemas de salud del paciente. De este modo, se realiza una valoración enfermera sistemática recogida en once patrones (32).

PACIENTE

1. Percepción – manejo de Salud	<p>Predomina la negación ineficaz.</p> <p>En fase depresiva, valoran su salud de manera catastrófica sobrevalorando todos sus síntomas malos e infravalorando lo bueno que poseen en cuanto a salud concierne.</p> <p>En manía, lo más frecuente es no seguir el tratamiento ya que perciben esta situación como una absoluta liberación sobre todo en los casos que ya han pasado por fase depresiva. También, descuido personal hasta la aparición de infecciones, alteraciones en los pies, alimentarias o cualquier otra por falta de higiene.</p>
2. Nutrición – metabólico	<p>En fase depresiva debido a la apatía, falta de interés o incluso incapacidad motora de llevarse la comida a la boca pueden darse diferentes alteraciones considerándose más graves las causadas por disminución de la</p>

	<p>ingesta hídrica. Unido a ello, puede ocurrir incluso la aparición de micosis oral.</p> <p>En fase maniaca la hiperactividad dificulta la ingesta adecuada. Y también, por la falta de sentir hambre o fatiga pueden disminuir de peso. En este estado, aparece boca seca y espumosa por la disminución de la ingesta hídrica y la verborrea.</p>
3. Eliminación	<p>En consecuencia, de la toma de antidepresivos tricíclicos pueden darse cuadros de dificultad miccional e incluso retención urinaria. En casos en los que el paciente presenta una deshidratación podría darse oliguria. Continuando en la fase depresiva, sumándole a la ingesta disminuida, la disminución de la actividad física tenemos frecuentemente cuadros de estreñimiento. En este aspecto son frecuentes las quejas hipocondríacas por lo que valorar este patrón puede resultar dificultoso en pacientes en fase depresiva.</p> <p>Sin embargo, en fase maniaca pueden disminuir las deposiciones por falta de atención a las propias señas corporales o por no dedicarle el tiempo suficiente.</p>
4. Actividad/reposo	<p>En fase depresiva presentan retardación motora y torpeza, mínima gesticulación al hablar y pérdida de aficiones anteriores.</p> <p>En manía manifiestan hiperactividad constante, realizan varias actividades a la vez llegando al agotamiento físico total.</p>
5. Sueño – descanso	<p>En fase depresiva es frecuente el despertar precoz en las primeras horas de la madrugada y viven con ansiedad el no haber descansado</p>

	<p>bien. También puede estar presente hipersomnia.</p> <p>En eutimia aparte de aparecer insomnio también trastornos del ritmo sueño – vigilia (33).</p> <p>En fase maniaca, tan a penas duermen una o dos horas. Presentan alta resistencia a medicación hipnótica.</p> <p>El problema con el sueño durante toda la patología se traduce a que su asociación con la fisiopatología de dicho trastorno.</p>
6. Cognitivo/perceptivo	<p>Se producen diversas alteraciones del pensamiento.</p> <p>En fase depresiva se incluyen: catastrofismo, personalización, sobregeneralización, pensamiento dicotómico, etiquetas negativas, adivinación, ideas delirantes e incluso desorientación en graves cuadros depresivos. También, pueden aparecer alucinaciones auditivas y/o visuales.</p> <p>En fase maniaca hay una creencia de ser alguien imprescindible con alta confianza en sí mismo llegando a tomar decisiones apresuradas en el aspecto sexual y financiero sin tener en cuenta las consecuencias. No perciben ningún dolor y sienten un estado de ánimo inmejorable.</p>
7. Autopercepción – autoconcepto	<p>En las pacientes depresivas aparece una autocrítica muy negativa con ideas perfeccionistas imposibles de alcanzar.</p> <p>En cambio, en fase maniaca estos tienen un autoconcepto totalmente exagerado de su valía. Frecuentemente rechazan la toma de la</p>

	medicación y no permiten ni siquiera debatir acerca de ello (34).
8. Rol/relaciones	<p>La comunicación en pacientes depresivos se mantiene muy entorpecida.</p> <p>Por el contrario, en pacientes maníacos está presente la verborrea junto a la fuga de ideas. Los procesos familiares se ven alterados en el caso de la depresión porque la familia no comprende este estado de ánimo y, en el caso de la manía por la difícil convivencia con el paciente en esta situación.</p>
9. Reproducción	<p>En la depresión hay una gran falta de interés e incapacidad para sentir placer.</p> <p>En la manía los pacientes frecuentemente realizan conductas desinhibidas.</p>
10. Adaptación – tolerancia al estrés	Déficit de afrontamiento ante cualquier problema que se pueda plantear en su vida diaria con dificultad en la capacidad de tomar decisiones.
11. Valores – creencias	<p>En fases depresivas como consecuencia, de ideas delirantes de ruina y culpa, se describe afectación espiritual por pensamientos relacionados con dichos sentimientos negativos.</p> <p>En fase de manía, al contrario.</p>

FAMILIA

Tras la realización de una entrevista semiestructurada a la familia, se recogieron diversos datos organizados en los once patrones de Marjory Gordon. Estos han facilitado la selección de los diagnósticos, resultados e intervenciones hacia la misma.

1. Percepción – manejo de salud	El mantenimiento de la salud se ve alterado debido a la interrupción de ciertos hábitos higiénicos diarios y conductas saludables. Empeoramiento de la patología de base por no seguir el tratamiento farmacológico habitual. Por esto, el paciente considera que su salud es pobre debido a su inadecuado cuidado, seguimiento terapéutico y de hábitos higiénicos saludables.
2. Nutricional – metabólico	Descenso de peso por aminoramiento de las ingestas diarias siendo estas de peor calidad aumentando la toma de ultraprocesados. Alteraciones bucales por aparición aftas recurrentes. Aparición en zona facial de eccemas. Tras realizar el test Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) (ANEXO 4) se obtiene una puntuación de 1. Es decir, riesgo intermedio de malnutrición. Por lo tanto, este patrón es ineficaz.
3. Eliminación	Funciones excretoras alteradas, polaquiuria y aumento de deposiciones diarias.
4. Actividad/ejercicio	Abandono de las actividades físicas y de ocio. Estado respiratorio y cardíaco sin incidencias. El tiempo anterior invertido en dichas actividades actualmente es dedicado al cuidado de su familiar. No sedentarismo ya que evita el uso de medio de transporte y va andando a todas las actividades a realizar.

5. Sueño – descanso	Percepción de baja calidad y cantidad de sueño – descanso. Manifiesta insomnio tanto de mantenimiento como de conciliación. No utiliza ninguna ayuda farmacológica. Mejora este aspecto tras dos meses del diagnóstico.
6. Cognitivo – perceptivo	Consciente y orientado en las tres esferas. Aunque mayor irritabilidad en la vida diaria provocada por menor descanso y gran cantidad de información nueva no comprendida.
7. Autopercepción – autoconcepto	No hay alteración en la percepción de sí mismo. Disminución de la concentración y presencia de un ambiente familiar desfavorable referido por el paciente. Por lo tanto, este patrón se encuentra en riesgo.
8. Rol – relaciones	Percepción de rol de cuidador principal. Satisfacción con la percepción de unión familiar a pesar de situaciones desfavorables y también de red de apoyo por el resto de la familia.
9. Sexualidad y reproducción	Patrón no alterado. No existen problemas puesto que la cuidadora principal no se encuentra en edad reproductiva ni con problemas en la menopausia.
10. Adaptación tolerancia al estrés	Situación estresora actual que se traduce en una tensión constante en el paciente por la inseguridad que siente. No utiliza drogas, alcohol ni medicinas para ello. No tiene ninguna herramienta para afrontar la situación actual. Este patrón por lo tanto está alterado.
11. Valores y creencias	No practica ninguna religión. Actualmente, sin planes de futuro importantes que vayan a suponer un cambio en su día a día.

DIAGNÓSTICOS

Una vez analizados los datos recogidos en la valoración e identificados los problemas en el paciente y en la familia, junto a la búsqueda cuantitativa se escogen los siguientes diagnósticos.

Paciente	<p>(En eutimia) 00072 Negación ineficaz relacionado con temor a la pérdida de autonomía manifestado por incapacidad para admitir las repercusiones de la enfermedad en la vida cotidiana.</p> <p>(En manía) 00198 Trastorno del patrón del sueño relacionado con hiperactividad manifestado por insomnio mantenido.</p> <p>(En depresión) 00124 Desesperanza relacionada con prolongada restricción de la actividad que crea aislamiento manifestado por mensajes verbales de apatía.</p>
Familia	<p>00126 Conocimientos deficientes relacionado con falta de información accesible manifestado por dificultad en el manejo con el paciente.</p> <p>00146 Ansiedad relacionado con crisis situacional manifestado por incertidumbre y nerviosismo.</p>

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN

Una vez ya concluida la valoración y tras la selección de los diagnósticos, se procede a la etapa de planificación donde se determinan los cuidados enfermeros planteando los distintos resultados (NOC) y estableciendo las intervenciones (NIC). Seguidamente, en la etapa de ejecución estas se ponen en marcha mediante las actividades.

PACIENTE

00072 Negación ineficaz relacionado con temor a la pérdida de autonomía manifestado por incapacidad para admitir las repercusiones de la enfermedad en la vida cotidiana.

NOC	1300 Aceptación: estado de salud.
INDICADOR	130007 Expresa sentimientos sobre el estado de salud. 130008 Reconocimiento de la realidad de la situación de salud.
NIC	5440 Aumentar los sistemas de apoyo.

ACTIVIDAD

Tras conocer el paciente su diagnóstico, determinar el grado de apoyo familiar conociendo si le serviría de soporte o ayuda en el curso de su enfermedad. Un desarrollo positivo de su curso clínico estaría relacionado con la presencia de su familia. Por ello, explicar al paciente, desde un inicio, que se va a trabajar con la familia para conocer si lo acepta o se debe posponer, y en qué va a consistir.

Desarrollar la red de recursos sanitarios más próxima al paciente, ofrecer otras redes como asociaciones de salud mental de su entorno (Aragón) (asociación aragonesa pro salud mental o asociación de afectados por trastorno bipolar de Aragón (35)) y apelar al soporte social teniendo en cuenta que sus relaciones sociales es muy frecuente que sean diferentes al resto de personas (36).

Transmitir la importancia que tiene mantener las relaciones sociales y/o familiares en el curso de su patología. En concreto, las familias actúan como agentes de bienestar, impiden o amortiguan situaciones de inseguridad. Además, ayudan al equilibrio psicológico, al afecto y al cuidado.

El profesional deberá continuar conociendo las redes de apoyo del paciente para conocer si se mantienen o están deterioradas.

NOC	1704 Creencias sobre la salud: percepción de amenaza.
INDICADOR	170404 Preocupación sobre enfermedad. 170412 Impacto percibido sobre el estado funcional.
NIC	1302 Afrontamiento de problemas. 4480 Facilitar la autorresponsabilidad.

ACTIVIDAD

Proporcionar atención y seguimiento sistemático individual facilitando información al paciente sobre su patología a partir de lo que conoce y observando lo que desea saber, llegando a lo denominado verdad soportable. Aportar formas de afrontamiento personal, fomentar estrategias para mejorar el funcionamiento global y no olvidar la prevención de la alteración de hábitos de vida saludable como las horas de sueño.

Observar y hablar con el paciente sobre su estado actual e iniciar una autoobservación – autorresgistro (ANEXO 5). De este modo puede tomar control de su propia conducta. En las siguientes consultas, las conductas susceptibles de ser mejoradas se comentan con el paciente y se puede comenzar la técnica de moldeamiento, reforzando positivamente las respuestas para lograr la conducta final positiva o adaptativa deseada. Por ello, indagaremos en su motivación, hobbies o gustos para ofrecérselos modo premio. A parte de las TCC llevadas a cabo, fomentar la participación del paciente para empoderarle como responsable de sus autocuidados entendiendo que él tiene que ser el máximo colaborador en su curso clínico.

NOC	1638 Compromiso del paciente.
INDICADOR	163804 Identifica los factores que influyen en la salud. 163807 Busca asistencia profesional cuando es necesario.
NIC	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad.

ACTIVIDAD

Informar de los síntomas prodrómicos ante posibles nuevos episodios maníacos o depresivos para que pida ayuda en cuanto detecte estos síntomas de alarma (ANEXO 6). Además, el profesional debe conocer que los pacientes jóvenes tienen más facilidad en detectarlos que los de mayor edad. (37)

También, explicar detalladamente su régimen terapéutico para favorecer la adherencia al tratamiento evitando recaídas, un 64% de estos paciente presentan falta de cumplimiento (27). Aclarar cualquier sugerencia del paciente, transmitir y monitorizar efectos secundarios que puedan tener.

Informar de posibles elementos estresores, que pueden desencadenar en una recidiva además de los síntomas prodrómicos mencionados. Ayudar en el manejo de situaciones estresantes. Reconocer los recursos protectores en el paciente y utilizarlos como apoyo (ANEXO 7).

Llevar a cabo el cuestionario estructurado y autoaplicado de Trastorno del Humor (ANEXO 8) en las diferentes consultas.

00198 Trastorno del patrón del sueño relacionado con hiperactividad manifestado por insomnio mantenido.

NOC	0003 Descanso.
INDICADOR	000302 Patrón del descanso.
NIC	1850 Mejorar el sueño. 6482 Manejo ambiental: confort.

ACTIVIDAD

Realizar al paciente una Entrevista de Ritmos Biológicos para la Evaluación en Neuropsiquiatría (ANEXO 9).

Elaborar una rutina a seguir todos los días antes de echarse a la cama decidida por el paciente (ANEXO 10) para favorecer y mejorar su descanso.

Evitar interrupciones innecesarias, eliminar todos elementos que dificulten el descanso y lograr adaptar el lugar destinado al mismo según las necesidades de comodidad del paciente como la disminución de luz natural, el alcance de una temperatura idónea o el escoger una vestimenta confortable.

00124 Desesperanza relacionada con prolongada restricción de la actividad que crea aislamiento manifestado por mensajes verbales de apatía.

NOC	1208 Nivel de depresión.
INDICADOR	120802: Pérdida de interés por actividades. 120803: Ausencia de placer con actividades.
NIC	5270 Apoyo emocional.

ACTIVIDAD

Ayudar a expresar sentimientos de desesperanza y estimular una percepción realista sobre su capacidad de interaccionar con otros con el fin de evitar el aislamiento social. Poner en contexto de que dichos sentimientos forman parte de su cuadro depresivo actual y recordar momentos de superación del paciente.

Cuando el paciente verbalice las actividades que más incapaz se siente de realizar, debemos ofrecerle ayuda para desempeñar las mismas y marcar objetivos realistas y específicos.

Poner en marcha la terapia interpersonal y del ritmo social:

Escucha activa	Ante la pérdida del yo sano por parte del paciente, se buscan nuevas iniciativas, intereses o aficiones junto a él.
Resolver conflictos	Con personas cercanas relevantes para el paciente así como reconocer por su parte la causa de la disputa y plantear varias actuaciones comunicacionales.
Recordar antiguas relaciones exitosas	Seguir estrategias que le permitan conseguirlas como apuntarse a una nueva actividad y fruto de ello interaccionar con personas que tengan intereses comunes.

Hacer hincapié en las rutinas cotidianas, sobre todo, en la regulación del sueño. Su organización disminuirá las recaídas (8,38).

FAMILIA

00126 Conocimientos deficientes relacionado con falta de información accesible manifestado por dificultad en el manejo con el paciente.

NOC	01803 Conocimiento: proceso de la enfermedad.
INDICADOR	180305 Descripción de los efectos de la enfermedad. 180310 Descripción de los signos y síntomas de las complicaciones.
NIC	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad.

ACTIVIDAD

Intervención psicoeducativa individual familiar comunicando en qué consiste la enfermedad incluyendo la influencia que tiene en el paciente la falta de soporte social y/o familiar. Transmitir de forma clara que el paciente no se siente enfermo, los cambios de sintomatología que puede sufrir este consiguiendo un mejor desarrollo en su rol de cuidadores (39). Derivar a la familia si lo precisa a asociaciones de apoyo familiar.

Realizar junto a ellos un plan de actuación ante cualquier recaída que el paciente sufra. Elaborar una lista de posibles síntomas prodrómicos del estado depresivo y maniaco y con intervenciones preventivas ante nuevos episodios (ANEXO 11) (40).

00146 Ansiedad relacionado con crisis situacional manifestado por incertidumbre y nerviosismo.

NOC	1302 Afrontamiento de problemas.
INDICADOR	130201 Identifica patrones de superación eficaces. 130205 Verbaliza aceptación de la situación.
NIC	5440 Aumentar los sistemas de apoyo. 4920 Escucha activa.

ACTIVIDAD

Conocer la situación actual familiar, incentivar nuevas relaciones con familiares en la misma situación, informar del plan de cuidados del paciente, y del manejo en una posible crisis facilitando el contacto con profesionales (41). Se les proporcionará una página web de elaboración propia como apoyo.

<https://no-estas-solo69.webnode.es/>

El motivo de su creación ha sido la necesidad observada en la familia entrevistada de un instrumento de fácil acceso con información básica y útil de la enfermedad. Será modificada según la experiencia de las demandas de las familias.

También, facilitar la expresión de sentimientos no comunicados con anterioridad. Descubrir si hay dificultades comunicativas entre el paciente y su familia resolviendo conflictos y manteniendo al paciente con un buen soporte familiar (41).

El profesional debe eliminar prejuicios ante la familia. Este debe saber el significado que tiene para el familiar el mensaje que nos transmite, respetar

los silencios tratando de que sirvan de desahogo de preocupaciones o sentimientos y potenciar la asertividad ante variaciones de la conducta del otro (8).

NOC	1404 Control del miedo.
INDICADOR	140403 Busca información para reducir el miedo. 140405 Planea estrategias de superación efectivas.
NIC	5270 Apoyo emocional.

ACTIVIDAD

Mantener una relación terapéutica confidencial paciente – profesional. Hablar acerca del afrontamiento en episodios pasados de manía y depresión, y de la forma que se esperan manejar en un futuro (41). Hablar de sentimientos encontrados y reconocerlos con normalidad. Preguntar si necesita ayuda en los próximos si sucedieran y cómo le gustaría afrontarlos.

NOC	1212 Nivel de estrés.
INDICADOR	121215 Falta de memoria y bloqueos. 121214 Inquietud.
NIC	5240 Asesoramiento. 5820 Disminución de la ansiedad.

ACTIVIDAD

Partiendo de una relación terapéutica asegurando la intimidad del paciente y su familia, conocer qué información desea el paciente que sea compartida con su familia enfatizando en la repercusión que tiene para ambos. Sobre todo, para la familia ya que le permite o no conocer las necesidades del paciente en cada momento (41). Partiendo de ello, asesorar según el episodio del paciente. Además, cuando estos entren en conflicto se les debe transmitir que ambos expresen los sentimientos positivos y negativos relacionados con determinados comportamientos de forma clara y que pongan en práctica la escucha activa (40).

Realizar técnicas de activación como la respiración profunda (42), facilitar la relajación disminuyendo los estímulos externos y practicar técnicas de relajación muscular de forma regular (ANEXO 12) que aminoran los niveles de ansiedad (43).

EVALUACIÓN

Para determinar la evolución del paciente y la familia junto a la eficacia del plan estandarizado de cuidados enfermeros elaborado, se realizan una serie de escalas y cuestionarios, pre y post intervención.

En el paciente, se evalúan los indicadores escogidos con una escala tipo Likert. Se realiza la Health of the Nation Outcome Scale diseñada para medir los resultados de salud y asistencia sanitaria de servicios de salud mental para adultos. Además, mide sus distintos problemas sociales, personales y físicos. Por ello se le administrará al paciente para medir cambios o progresos a lo largo del tiempo (44,45). También, se utilizará la escala FATS (ANEXO 13) utilizada en enfermedades mentales para evaluar el deterioro funcional que estos pacientes sufren. Los pacientes con TB mantienen un deterioro funcional que afecta a las esferas: cognitiva, laboral, relaciones interpersonales, actividades domésticas y relaciones sexuales (46). Además, el cuestionario de Trastorno del Humor que deberá repetirse siempre que observemos una variación en su estado del ánimo. En relación al sueño realizaremos el índice de calidad de sueño de Pittsburgh (ANEXO 14) el cual misura la calidad del sueño junto a sus alteraciones durante el último mes (47).

Para evaluar las actividades familiares, respecto al nivel de ansiedad que estos sienten se determina el logro del afrontamiento de problemas a través de los indicadores seleccionados con una escala tipo Likert y la Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (ANEXO 15). También se aplica la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, analizando la esfera emocional de los cuidadores principales informales del paciente, su familia (ANEXO 16).

CONCLUSIONES

Tras la realización del presente trabajo se concluye con la necesidad prioritaria de una intervención precoz de la atención y en este caso de los cuidados de enfermería del paciente tras el diagnóstico de la enfermedad. Es imprescindible minimizar el impacto de esta enfermedad en el funcionamiento global, tanto en el paciente como en su familia. Por lo tanto, los profesionales no deben olvidar que no basta solamente con la correcta monitorización del tratamiento, sino que debe ser combinada con otras terapias no farmacológicas.

Además, destacar la relevancia que constituye para el paciente el apoyo familiar. Son sus cuidadores informales principales y una intervención enfermera puede proporcionar el apoyo necesario para un afrontamiento adaptativo ante la nueva situación.

Finalmente, se concluye que la aplicación del plan estandarizado de cuidados facilita el abordaje, desarrollo y su posterior evaluación sistemática con el fin de ajustarlo a la población afectada por trastorno bipolar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arrieta M, Molero P. Trastorno Bipolar. Medicine [Internet]. 2019 [Citado 12 de enero de 2020];12(86):5052-66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2019.09.013>
2. Martínez Hernández O, Montalván Martínez O, Betancourt Izquierdo Y. Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. Revista Médica Electrónica [Internet]. 2019 [Citado 20 de febrero de 2020];41(2):467-82. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3157/4255%0A4>
3. Bo Q, Mao Z, Tian Q, Wen Y, Dong F, Li X, et al. Deficits of perceived spatial separation-induced prepulse inhibition in patients with bipolar disorder compared to healthy controls. Journal of Affective Disorders [Internet]. 2018 [Citado 19 de febrero de 2020];240:63-71. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032718301058>
4. Coppola F, Courtet P, Olié E. Profil neuropsychologique et mémoire de travail dans le trouble bipolaire. Canadian Journal of Psychiatry [Internet]. 2018 [Citado 12 de enero de 2020];63(5):314-21. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5912298/pdf/10.1177_0706743717744777.pdf
5. Tournikioti K, Dikeos D, Alevizaki M, Michopoulos I, Ferentinos P, Porichi E, et al. Hypothalamus-pituitary-adrenal (HPA) axis parameters and neurocognitive evaluation in patients with bipolar disorder. PSYCHIATRIKI [Internet]. 2018 [Citado 25 de febrero de 2020];29(3):199-208. Disponible en: http://www.psychiatriki-journal.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=1459&Itemid=1035&lang=en
6. Soria V, Uribe J, Salvat-Pujol N, Palao D, Menchón JM, Labad J. Psiconeuroinmunología de los trastornos mentales. Revista de Psiquiatría y Salud Mental [Internet]. 2018 [Citado 20 de enero de 2020];11(1):1-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.12.001>

- 2020];11(2):115-24. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-psiconeuroinmunologia-trastornos-mentales-S1888989117301003>
7. Vieta E, Berk M, Schulze TG, Carvalho AF, Suppes T, Calabrese JR, et al. Bipolar disorders. Nature Reviews Disease Primers [Internet]. 2018 [Citado 26 de febrero de 2020];4:1-24. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nrdp20188>
 8. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar [Internet]. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Universidad de Alcalá de Henares. Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2012 [Citado 8 de febrero de 2020]. Disponible en: http://www.sepsiq.org/file/Enlaces/GPC_510_Trastorno_Bipolar_compil.pdf
 9. Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Actualización del DSM-5® septiembre 2016. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales [Internet]. 5ª ed. Washintong: Asociación Americana de Psiquiatría; 2016 [Citado 8 de febrero de 2020]. Disponible en: http://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf
 10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría General Técnica. Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión. Modificación Clínica [Internet]. 2ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2018 [Citado 8 de febrero de 2020] Disponible en: <https://bit.ly/2TxNGvt>
 11. OMS [Sede Web]; 2019 [Actualización 28 de noviembre de 2019/Citado 27 de Febrero de 2020]. Trastornos Mentales. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
 12. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World

- Mental Health Survey Initiative. Archives of General Psychiatry [Internet]. 2011 [Citado 27 de febrero de 2020];68(3):241-51. Disponible en: www.hcp.med.harvard.edu/wmh/
13. Nivoli AMA, Pacchiarotti I, Rosa AR, Popovic D, Murru A, Valenti M, et al. Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: The role of predominant polarity. Journal of Affective Disorders [Internet]. 2011 [Citado 20 de febrero de 2020];133(3):443-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.055>
 14. Rowland TA, Marwaha S. Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. Therapeutic Advances in Psychopharmacology [Internet]. 2018 [Citado 21 de febrero de 2020];8(9):251-169. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6116765/>
 15. Reinares M, Bonnín CM, Hidalgo-Mazzei D, Sánchez-Moreno J, Colom F, Vieta E. The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. Clinical Psychology Review [Internet]. 2015 [Citado 20 de febrero de 2020];43 (2016):47-57. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.010>
 16. National Institute of Mental Health [Sede Web]. Trastorno bipolar; 2019 [Citado 14 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-bipolar/index.shtml#pub4>
 17. Vieta E, Salagre E, Grande I, Carvalho AF, Fernandes BS, Berk M, et al. Early intervention in Bipolar disorder. American Journal of Psychiatry [Internet]. 2018 [Citado 5 de marzo de 2020];175(5):411-26. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29361850>
 18. De Barros JLVM, Barbosa IG, Salem H, Rocha NP, Kummer A, Okusaga OO, et al. Is there any association between Toxoplasma gondii infection and bipolar disorder? A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders [Internet]. 2017 [Citado 20 de enero de 2020];209:59-65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.016>
 19. Aldinger F, Schulze TG. Environmental factors, life events, and trauma

- in the course of bipolar disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* [Internet]. 2017 [Citado 25 de enero de 2020];71(1):6-17. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/pcn.12433>
20. McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck J, Frye MA, Denicoff KD, et al. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 2001 [Citado 25 de febrero de 2020];158(3):420-426. Disponible en: https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.158.3.420?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed
 21. Gómez Ayala AE. Enfermedad bipolar. Ámbito farmacéutico. Divulgación sanitaria [Internet]. 2008 [Citado 25 de febrero de 2020];27(6):68-74. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-enfermedad-bipolar-clinica-etiotopogenia-13123518>
 22. García-Blanco AC, Sierra P, Livianos L. Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones. *Psiquiatría Biológica* [Internet]. 2014 [Citado 20 de febrero de 2020];21(3):89-94. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134593414000670?via%3Dihub>
 23. Bortolato B, Berk M, Maes M, McIntyre R.S. McIntyre RS, Carvalho AF. Fibromyalgia and Bipolar Disorder: Emerging Epidemiological Associations and Shared Pathophysiology. *Current Molecular Medicine* [Internet]. 2016 [Citado 27 de febrero de 2020];16(2):119-136. Disponible en: <http://www.eurekaselect.com/openurl/content.php?genre=article&issn=1566-5240&volume=16&issue=2&spage=119>
 24. Williams LJ, Pasco JA, Jacka FN, Henry MJ, Dodd S, Nicholson GC, et al. Bipolar disorder and adiposity: A study using whole body dual energy X-ray absorptiometry scans. *Acta Neuropsychiatrica* [Internet]. 2011 [Citado 25 de febrero de 2020];23(5):219-23. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/acta->

neuropsychiatrica/article/bipolar-disorder-and-adiposity-a-study-using-whole-body-dual-energy-xray-absorptiometry-scans/9A7654C70470F70579B8B61D7DDE7709

25. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RMA, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the national comorbidity survey replication. Archives of General Psychiatry [Internet]. 2007 [Citado 5 de marzo de 2020];64(5):543-552. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1931566/>
26. Joshi A, Bow A, Agius M. Pharmacological therapies in bipolar disorder: A review of current treatment options. Psychiatria Danubina [Internet]. 2019 [Citado 20 de febrero de 2020];31(3):595-603.
27. Cipriani A, Barbui C, Salanti G, Rendell J, Brown R, Stockton S, et al. Comparative efficacy and acceptability of antimanic drugs in acute mania: A multiple-treatments meta-analysis. The Lancet [Internet]. 2011 [Citado 20 de febrero de 2020];378(9799):1306-15. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60873-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60873-8)
28. López-Muñoz F, Shen WW, D'òcon P, Romero A, Álamo C. A history of the pharmacological treatment of bipolar disorder. International Journal of Molecular Sciences [Internet]. 2018 [Citado 5 de marzo de 2020];19(2134):1-38. Disponible en: http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol31_noSuppl%203/dnb_vol31_noSuppl%203_595.pdf
29. Perugi G, Medda P, Toni C, Mariani M, Socci C, Mauri M. The Role of Electroconvulsive Therapy (ECT) in Bipolar Disorder: Effectiveness in 522 Patients with Bipolar Depression, Mixed-state, Mania and Catatonic Features. Current Neuropharmacology [Internet]. 2017 [Citado 15 de marzo de 2020];15(3):359-371. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5405614/>
30. Cabrera J. Psicoeducación. Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz. *Psicoeducación en trastorno bipolar. Programa de Enfermedades Afectivas (PEA), Día Mundial Trastorno Bipolar*; 2018. p.196-206.

31. M'Bailara K, Minois I, Zanouy L, Josse F, Rouan E, Maîtrot A, et al. Therapeutic education: A lever to change perceptions of bipolar disorder in family caregivers. *L'Encéphale* [Internet]. 2019 [Citado 25 de febrero de 2020];45(3):239-244. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700619300235>
32. Perlick DA, Jackson C, Grier S, Huntington B, Aronson A, Luo X, et al. Randomized trial comparing caregiver-only family-focused treatment to standard health education on the 6-month outcome of bipolar disorder. *Bipolar Disorders* [Internet]. 2018 [Citado 15 de marzo de 2020];20(7):1-12. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/bdi.12621>
33. McCormick U, Murray B, Mcnew B. Diagnosis and treatment of patients with bipolar disorder: A review for advanced practice nurses. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* [Internet]. 2015 [Citado 5 de marzo de 2020];27(9):530-542. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5034840/>
34. Scandris DA. Identification and management of bipolar disorder. *The nurse Practitioner* [Internet]. 2014 [Citado 10 de marzo de 2020];39(10):30-7. Disponible en: https://journals.lww.com/tnpj/fulltext/2014/10000/identification_and_management_of_bipolar_disorder.7.aspx
35. Aerea LAVIA. Patrones Funcionales Enfermería de M. Gordon. *Manual De Valoración De Patrones Funcionales* [Internet]. 2010 [Citado 25 de febrero de 2020];5:1-29. Disponible en: http://www.docvadis.es/aulasalud/document/aulasalud/patrones_funcionales/fr/metadata/files/0/file/patrones_funcionales_mgordon.pdf
36. Takaesu Y. Circadian rhythm in bipolar disorder: A review of the literature. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* [Internet]. 2018 [Citado 5 de marzo de 2020];72(9):673-682. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/pcn.12688>
37. Daggenvoorde T, Geerling B, Goossens PJJ. A Qualitative Study of

- Nursing Care for Hospitalized Patients with Acute Mania. Archives of Psychiatric Nursing [Internet]. 2015 [Citado 5 de marzo de 2020];29(3):186-91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2015.02.003>
38. Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad. 2020 [Actualizada el 7 de febrero de 2020/Acceso 15 de marzo de 2020]. Relación de asociaciones [Aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en: <https://www.saludinforma.es/portalsi/participacion/espacio-asociaciones/asociaciones-salud/relacion-asociaciones#>
 39. Elguezabal AY, Rangel Esquivel JM, González Almontes E. Dinámicas familiares y riesgos sociales ante la presencia de trastorno bipolar : un análisis desde la perspectiva del portador y la ausencia de un Estado de bienestar. Géneros [Internet]. 2020 [Citado 6 de marzo de 2020];27(27):69-100. Disponible en: <http://revistasacademicas.ucol.mx/index.php/generos/article/view/1867>
 40. Cárdenas W, Meza X. Revista Hondureña del postgrado de psiquiatria [Internet]. 2016 [Citado 6 de marzo de 2020];2:55-64. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RHPP/pdf/2016/pdf/Vol10-2-2016-3.pdf>
 41. Sheri L, Johnson y Robert L. Tratamiento psicológico del trastorno bipolar. Revista Internacional de Psicoanálisis [Internet]. 2004 [Citado 17 de marzo de 2020]; 23: 1-338. Disponible en: <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=411>
 42. Hijano Muñoz, J.M., Ruiz Cazorla, A, Muñoz Salido A. Intervención de la familia en el manejo del trastorno bipolar. Paraninfo digital [Internet]. 2015 [Citado 20 de febrero de 2020];(22). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/046.php%0A>
 43. Miklowitz DJ, Chung B. Family-Focused Therapy for Bipolar Disorder: Reflections on 30 Years of Research. Family Process [Internet]. 2016 [Citado 27 de diciembre de 2019];1-17. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/famp.12237>
 44. National Institute for Health and Care Excellent (NICE). *Bipolar*

- disorder: assessment and management*. 2014. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/resources/bipolar-disorder-assessment-and-management-pdf-35109814379461>
45. Martínez González L, Olvera Villanueva G, Villarreal Ríos E. Efecto de la técnica de respiración profunda en el nivel de ansiedad en adultos mayores. *Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social* [Internet]. 2018 [Citado 5 de abril de 2020];26(2):99-104. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim182f.pdf>
 46. Bastida de Miguel A. Técnica de relajación muscular progresiva - pasos y ejercicios. Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/tecnica-de-relajacion-muscular-progresiva-pasos-y-ejercicios-2362.html> [Acceso 17 de marzo de 2020]
 47. James M, Painter J, Buckingham B, Stewart MW. A review and update of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). *BJPsych Bulletin* [Internet]. 2018 [Citado 18 de marzo de 2020];42(2):63-68. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6001854/>
 48. Uriarte J, Beramendi V, Medrano J, Wing J, Beevor A, Curtis. Escala de evolución HoNOS Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Desarrollo de programas de tratamiento asertivo comunitario de Andalucía Documento marco [Internet]. 2010 [Citado 18 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.ome-aen.org/document/HoNOS.doc>
 49. Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran DA, Godelieve Van Riel W, Del Mar C, Roig B, et al. Prueba breve de evaluación del funcionamiento (FAST). Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental [Internet]. 2008 [Citado 20 de marzo de 2020];25. Disponible en: https://bi.cibersam.es/media/1003/guia_de_administracion.pdf
 50. Luna Solis Y, Robles Arana Y, Agüero Palacios Y. Validation of the Pittsburgh Sleep Quality Index in a Peruvian Sample. *Anales de Salud Mental* [Internet]. 2015 [Citado 30 de marzo de 2020];XXI(2):23-30.

Disponible en:
<http://www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/viewFile/15/14>

51. Malnutrition Advisory Group. Malnutrition Universal Screening Tool. BAPEN [Internet]; 2010 [Citado 13 de marzo de 2020]: 4. Disponible en: <https://www.bapen.org.uk/images/pdfs/must/spanish/must-toolkit.pdf>
52. Sanchez-Moreno J, Villagran JM, Gutierrez JR, Camacho M, Ocio S, Palao D, Querejeta I et al. Adaptation and validation of the Spanish version of the mood disorder questionnaire (MDQ) for the detection of bipolar disorder. Bipolar disorders [Internet]. 2008 [Citado 15 de marzo de 2020];10(3):400-412. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1399-5618.2007.00571.x>
53. Rosa AR, Comes M, Torrent C, Solè B, Reinares M, Pachiarotti I, et al. Biological rhythm disturbance in remitted bipolar patients. International Journal of Bipolar Disorders [Internet]. 2013 [Citado 20 de marzo de 2020];1(1):1-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4230817/>
54. Banco de instrumentos y metodologías en Salud Mental [Sede Web]. Ficha técnica del instrumento. 2019 [Citado 17 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=9>
55. Banco de instrumentos y metodologías en Salud Mental [Sede web]. Ficha técnica del instrumento. 2015 [Citado 17 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=19>
56. Circunvalación del Hipocampo [Sede Web]. Escala de carga del cuidador de Zarit. 2007 [Citado 27 de marzo de 2020] Disponible en: <https://www.hipocampo.org/zarit.asp>

ANEXOS

ANEXO 1

DSM - V

Trastorno bipolar tipo I	TB I: episodio maniaco
	TB I: episodio hipomaniaco
	TB I: especificador con características psicóticas congruentes o no con el estado de ánimo, aplicado a episodio maniaco y/o episodio de depresión mayor.
Trastorno bipolar tipo II	TB II: episodio hipomaniaco.
	TB II: especificador con características melancólicas y atípicas.
	TB II: especificador con patrón estacional.
	TB II: especificador con características psicóticas congruentes o no con el estado de ánimo, aplicado a episodio de depresión mayor.
	TB II: especificador de la gravedad de depresión mayor

ANEXO 2

CIE - 10

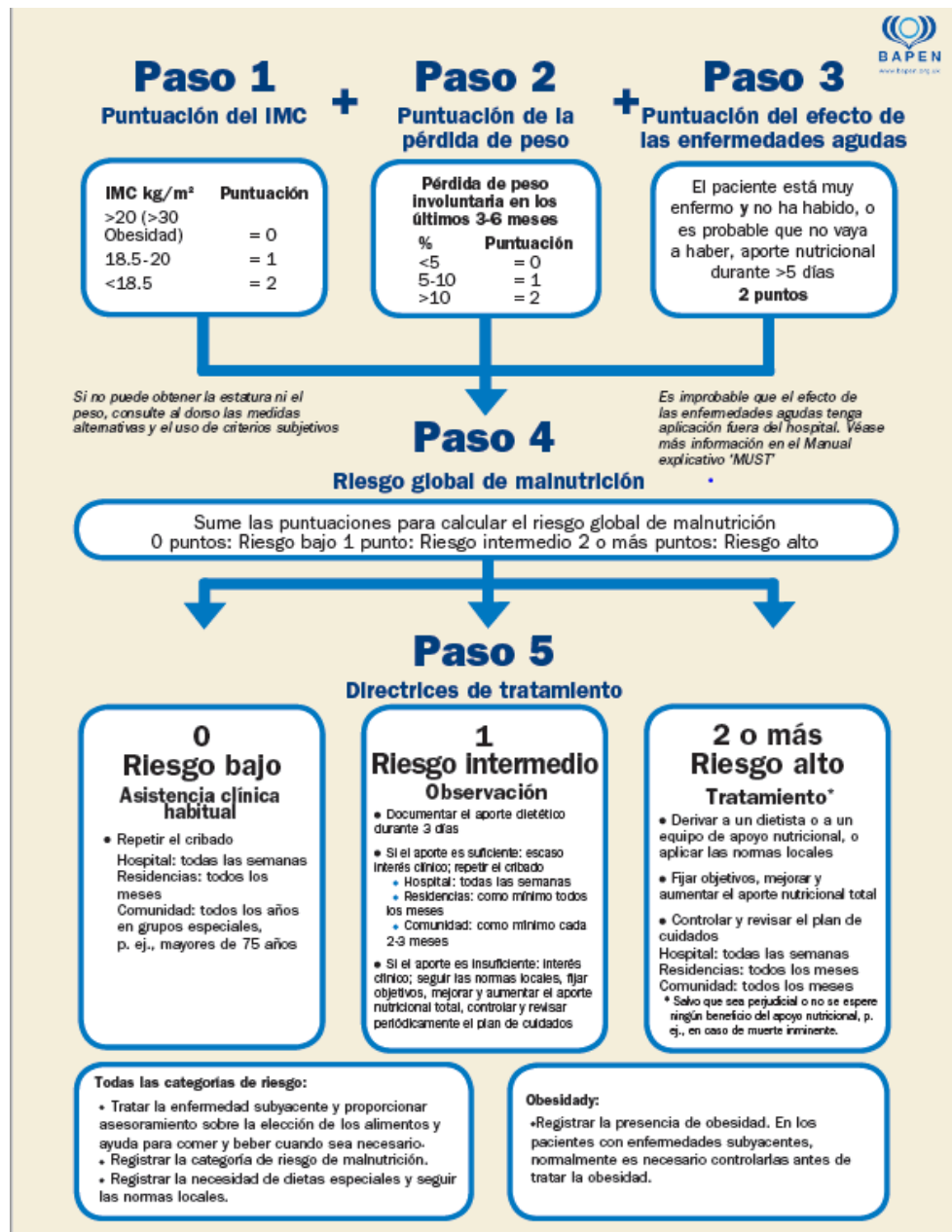
Trastorno bipolar (F31)	Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco (F31.0).
	Trastorno bipolar, episodio actual maniaco, con síntomas psicóticos, grave (F31.2).
	Trastorno bipolar, episodio actual depresivo, gravedad leve o moderada (F31.3).
	Trastorno bipolar, episodio actual depresivo, grave, sin síntomas psicóticos (F31.4).
	Trastorno bipolar, episodio actual depresivo, grave, con síntomas psicóticos (F31.5).
	Trastorno bipolar, episodio actual mixto (F31.6).
	Trastorno bipolar, actualmente en remisión (F31.7).
	Otros trastornos bipolares (F31.8)

ANEXO 3

Tratamiento farmacológico en episodio maniaco	Los fármacos de primera línea son: neurolépticos atípicos en combinación con los estabilizadores del ánimo para prevenir las recaídas. El paciente que toma Carbonato de litio, estabilizador del ánimo, debe hacerse analíticas cada tres meses para medir su concentración en sangre debido a su escaso rango terapéutico. (48).
Tratamiento farmacológico en episodio depresivo	Para los episodios depresivos está aprobado el uso de Olanzapina junto a Fluoxetina, Quetiapina o Hidrocloruro de Lurasidona. El enfoque es distinto a la depresión unipolar. No se incluyen los antidepresivos tricíclicos ya que pueden conducir hacia el estado maniaco (49,50).

ANEXO 4

Test Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)



(51)

Paso 1: 0

Paso 2: 1

Talla: 155 cm

Pérdida de 4 kg. Es decir, del 7,5%.

Peso: 53 kg

Paso 3: 0

IMC: 22.06

Paso 4: 1

Resultado: Riesgo intermedio de malnutrición.

ANEXO 5

Autoobservación – autorregistro.

	DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3	DÍA 4	DÍA 5	DÍA 6	DÍA 7
	T/P/X	T/P/X	T/P/X	T/P/X	T/P/X	T/P/X	T/P/X
TOMA DE TRATAMIENTO							
HORAS DE SUEÑO (6 – 8 H)							
ASEO PERSONAL (ducha, lavado de pelo, lavado de dientes, uñas de pies y manos en buen estado)							
COMIDAS (desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena)							
VESTIMENTA LIMPIA							

T: total; P: parcial; X: nula

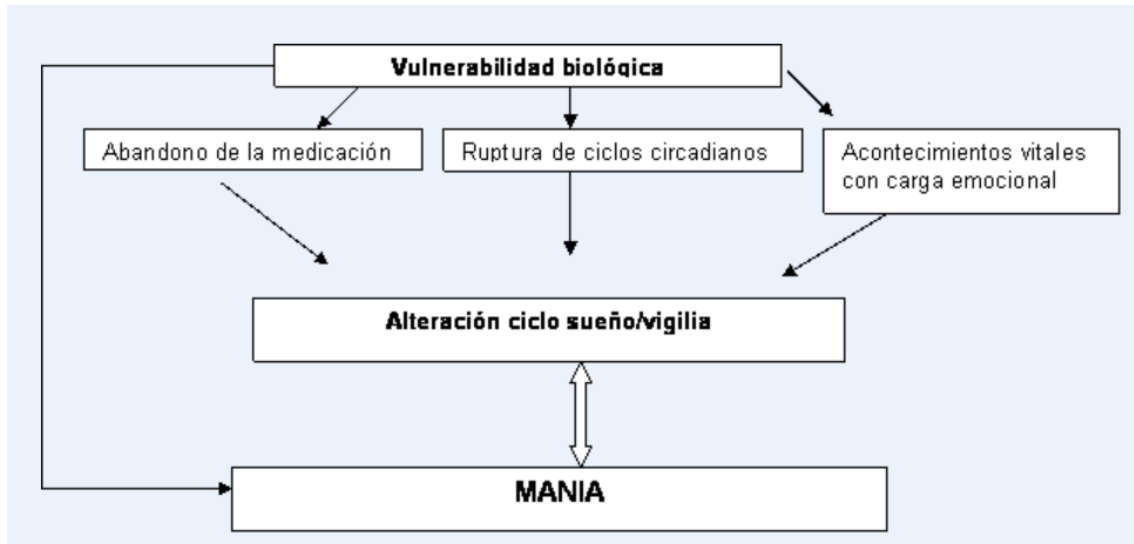
ANEXO 6

Síntomas prodrómicos

EPISODIO MANIACO	EPISODIO DEPRESIVO
Aumento de la energía y actividad	Ánimo más bajo
Verborrea	Alteración en el pensamiento
Irritabilidad	Disminución de la energía
Variación en el patrón del sueño	Aislamiento
	Hipersomnia

ANEXO 7

Modelo de inestabilidad en las posibles recaídas del paciente con trastorno bipolar. El profesional puede utilizarlo como referencia, aunque deba personalizarse en cada paciente.



(38)

ANEXO 8

CUESTIONARIO DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Sanchez-Moreno, J., Villagran, J.M., Gutierrez, J.R., Camacho, M., Ocio, S., Palao, D., Querejeta, I., Gascon, J., Sanchez, G., Vieta, E.; for the EDHIPO (hypomania detection study) group. Adaptation and validation of the Spanish version of the mood disorder questionnaire (MDQ) for the detection of bipolar disorder. Bipolar Disord en prensa

1.	¿Alguna vez ha pasado por un período en el que se sentía que no era la misma persona de siempre, y...	SÍ	NO
1	... se sintió tan bien o tan eufórico/a que otras personas pensaron que usted no era el/la mismo/a de siempre o estaba tan eufórico/a que se metió en problemas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	... estaba tan irritable que gritaba a la gente o provocaba peleas o discusiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	... se sentía mucho más seguro/a de sí mismo/a de lo habitual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	... dormía mucho menos que de costumbre y no necesitaba dormir más?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	... era mucho más hablador/a o hablaba más rápido que de costumbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	... le pasaban ideas muy rápidamente por la cabeza o no podía hacer que su mente fuera más despacio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	... se distraía tan fácilmente con cosas de su alrededor que tenía dificultades para concentrarse o para seguir con lo que estaba haciendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	... tenía mucha más energía que de costumbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	... era mucho más activo/a o hacía muchas más cosas que de costumbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	... era mucho más sociable o abierto/a que de costumbre, por ejemplo, telefoneaba a amigos en mitad de la noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	... estaba mucho más interesado/a en el sexo que de costumbre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	... hacía cosas que eran inusuales en usted o que otras personas podrían haber considerado excesivas, insensatas o arriesgadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	... el gasto de dinero le creó problemas a usted o a su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Si usted marcó SÍ en más de una de las preguntas anteriores, ¿algunas de estas situaciones ocurrieron durante el mismo período de tiempo? Por favor, marque con un círculo sólo una respuesta.		
	SÍ	NO	
3.	¿Hasta qué punto alguna de estas situaciones le causó problemas (como no poder trabajar, problemas familiares, de dinero o legales, implicarse en discusiones o peleas)? Por favor, marque con un círculo sólo una respuesta.		
	Ningún problema	Pequeños problemas	Problemas moderados Problemas graves

ANEXO 9

Entrevista de Ritmos Biológicos para la Evaluación en Neuropsiquiatría (Biological Rhythms Interview of Assessment in Neuropsychiatry, BRIAN).

Consiste en 18 ítems divididos en cuatro áreas relacionadas con la ruptura de los ritmos circadianos en pacientes psiquiátricos, es decir ritmos sociales y del sueño, actividades y el patrón de alimentación. La puntuación va de 1 a 72 donde la máxima puntuación significa una alta alteración severa en los ritmos circadianos.

(53)

ANEXO 10

Registrar los ritmos vitales del paciente y partiendo de estos, ir introduciendo pequeñas modificaciones decididas por el paciente hacia lo deseable. Conocer si precisa ayuda farmacológica e informar a su psiquiatra responsable. Ayudar al paciente a conocer qué aspecto puede mejorarse: luz ambiental, pijama, horarios etc. También, informar al paciente que la realización de ejercicio vigoroso de forma regular favorecería un sueño más profundo (16).

Se elabora una nueva rutina basada en lo que él ya realizaba anteriormente, totalmente determinada por el paciente con el fin de que él tome conciencia de qué es lo mejor para su salud. Es decir, los profesionales no le imponen nada.

ANEXO 11

Informar a las familias de intervenciones preventivas de un nuevo episodio:

- Acudir junto al paciente a una cita con el psiquiatra de referencia para que este considere si es necesario una modificación en el tratamiento.
- Evitar conflictos familiares mantenidos en el tiempo y sin resolver.
- Observar el estado de ánimo del paciente y comunicarles a sus profesionales sanitarios de referencia.

ANEXO 12

Realizar esta práctica en un ambiente confortable sin distracciones y con vestimenta cómoda. Se llevará a cabo sobre un sofá, sillón o cama que permitan apoyar la espalda, cabeza, nuca y se puedan estirar las extremidades inferiores. Las primeras veces que hagamos esta técnica de relajación será conveniente que mantengamos los ojos cerrados.

De este modo, recogeremos toda nuestra concentración en un grupo de músculos. En primer lugar, los tensaremos durante unos segundos a la vez que inspiramos (hasta tener la sensación de tensión muscular) y reduciremos esta tensión hasta percibir la relajación mientras exhalamos todo el aire recogido en la inspiración (43).

ANEXO 13

La escala FAST formada por 24 ítems reunidos en 6 áreas: autonomía, funcionamiento laboral, funcionamiento cognitivo, finanzas, relaciones interpersonales y ocio. Necesita entrenamiento por parte del profesional ya que se trata de una escala heteroaplicada.

ANEXO 14

El índice de calidad de sueño de Pittsburgh tiene 19 preguntas de autoevaluación y otras 5 para el compañero de habitación o cama. Únicamente las 19 primeras son las que sirven para la obtención de la puntuación global. Dichas preguntas están distribuidas en 7 áreas: calidad subjetiva del sueño, latencia, duración, eficiencia, perturbaciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción nocturna. La puntuación máxima es 21 y la mínima 0. Cuando se obtienen menos de 5 puntos se considera que no hay problemas de sueño. De los 5 a los 7 puntos se dice que merece atención médica el paciente. De los 8 a los 14, merece atención y tratamiento. Y, por último, cuando hay más de 15 puntos se trata de un problema de sueño grave (47).

CUESTIONARIO
Estudio Epidemiológico de Salud Integral en Lima Metropolitana y el Callao-
Replicación 2012

INDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH

1. **En las últimas 4 semanas**, normalmente ¿cuál ha sido su hora de irse a acostar? (utilice sistema de 24 horas)
 Escriba la hora habitual en que se acuesta: / __ / __ /
2. **En las últimas 4 semanas**, normalmente ¿cuánto tiempo habrá tardado en dormirse (conciliar el sueño) en las noches? /
 Escriba el tiempo en minutos: __ / __ / __ /
3. **En las últimas 4 semanas**, habitualmente ¿A qué hora se levantó de la cama por la mañana y no ha vuelto a dormir? (Utilice sistema de 24 horas)
 Escriba la hora habitual de levantarse: / __ / __ /
4. **En las últimas 4 semanas**, en promedio, ¿cuántas horas efectivas ha dormido por noche?
 Escriba la hora que crea que durmió: / __ / __ /
5. **En las últimas 4 semanas**, ¿Cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:....

	NINGUNA VEZ EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS	1. MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	2. UNO O DOS VECES A LA SEMANA	3. TRES O MAS VECES A LA SEMANA	NO RESPONDE
a. No poder quedarse dormido(a) en la primera media hora?					
b. Despertarse durante la noche o la madrugada?					
c. Tener que levantarse temprano para ir al baño?					
d. No poder respirar bien?					
e. Toser o roncar ruidosamente?					
f. Sentir frío?					
g. Sentir demasiado calor?					
h. Tener pesadillas o "malos sueños"?					
i. Sufrir dolores?					
j. Otras razones: _____?					

6. **En las últimas 4 semanas**, (marcar la opción más apropiada).

	NINGUNA VEZ EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS	1. MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	2. UNO O DOS VECES A LA SEMANA	3. TRES O MAS VECES A LA SEMANA	NO RESPONDE
6.1 ¿Cuántas veces habrá tomado medicinas para dormir por su cuenta?					
6.2 ¿Cuántas veces habrá tomado medicinas para dormir recetadas por el médico?					

ANEXO 15

Escala de Ansiedad y depresión de Goldberg.

Se trata de un instrumento de tipo estructurado y heteroaplicado (54). Cada subescala tiene 4 ítems además de un grupo de 5 ítems que se realizan cuando son positivas dos respuestas o más en la subescala de ansiedad y una o más en el caso de la de depresión.

Cada escala posee un resultado independiente. En el caso de la escala de la ansiedad cuando obtiene 4 o más puntos se considera que el paciente tiene ansiedad. En la escala de depresión si se tienen 2 o más puntos es cuando se baraja que el paciente sufre depresión. A pesar de tener en una sub escala 0 puntos pero en la otra sobre pasar el límite, se considera que sufre bien depresión o ansiedad (según en qué escala haya superado el corte) (55).

Escala E.A.D.G.

(Marcar con X el número correspondiente a las preguntas contestadas afirmativamente, en opinión del entrevistador)

Codificar 1. -NO 2. -SI

(Atención: este es un ejemplo ya completado)

SUBESCALA DE ANSIEDAD

	SÍ	NO
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se ha sentido muy irritable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subtotal		

(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

	SÍ	NO
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o muca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha estado Vd. preocupado por su salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL ANSIEDAD		

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

	SÍ	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha perdido Vd. su interés por las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subtotal		

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

	SÍ	NO
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se ha sentido Vd. enlentecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL DEPRESIÓN		

INTERPRETACIÓN. Contar las respuestas afirmativas de la Escala A y las de la Escala D: se valorarán exclusivamente los puntajes 4+ en la Escala A y/o 2+ en la Escala D

ANEXO 16

Escala de carga del cuidador de Zarit tiene una puntuación máxima de 88 puntos considerándose las puntuaciones mayores a 56 como sobrecarga intensa y las inferiores a 46 como no sobrecarga.

Escala de carga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	